

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N° 428

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pedro P. de CARVALHO

De

L'Extirpation des Fibromes Utérins

compliqués de lésions annexielles

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918



Digitized by the Internet Archive
in 2026

128

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pedro P. de CARVALHO

De

L'Extirpation des Fibromes Utérins
complicqués de lésions annexielles



Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Anatomie topographique	N.
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	P. CARNOT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANCON
Clinique médicale	GILBERT
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	WIDAL
Clinique des maladies du système nerveux	HUTINEL
Clinique chirurgicale	DUPRÉ
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique des maladies des voies urinaires	PIERRE MARIE
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	QUENU
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN
Clinique thérapeutique	N.
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	N.
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGRY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR A. T. PINTO

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance
infinie.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
AVANT LA GUERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMBE (Beaujon)
MONSIEUR LE DOCTEUR E. SCHWARTZ (Cochin)
MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY (Beaujon)
M. LE PROFESSEUR LEGUEU (Necker)
M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD (Saint-Antoine)

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL SAINTON
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
Accoucheur des Hôpitaux

MM. LES D^{rs} LOUIS BAZY, DI CHIARA, J. DEDET,
FLANDIN, LAROCHE, MARSAN, DE MARTEL,
PAPIN, RIVET, ROULLIER, DA SILVA DE RIO
BRANCO ET P. VILLECHAISE.

▲ MON MAÎTRE EN ACCOUCHEMENTS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. DÉMELIN

Qui a bien voulu m'honorer de sa confiance depuis décembre 1914 jusqu'à juin 1915, période pendant laquelle j'ai eu l'avantage de remplir les fonctions d'interne dans son service de Saint-Louis en l'absence du titulaire de la place mobilisé aux armées.

En respectueux hommage.



A MON MAÎTRE EN CHIRURGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE ROCHARD

Officier de la Légion d'honneur

*Qui depuis 1915 nous a paternelle-
ment guidé par ses conseils et donné le
goût de la belle chirurgie française.*

*En témoignage de mon affection filiale,
de toute mon admiration et de ma pro-
fonde reconnaissance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEGUEU

*Qui au cours de l'année très profitable
que nous passâmes dans son service et
depuis ce temps nous manifesta toujours
son inlassable bienveillance et voulut bien
accepter la présidence de cette thèse.*



Pendant ces trois dernières années de guerre nous avons eu l'avantage de remplir les fonctions d'interne dans le service du Dr Rochard.

Au cours de cette période notre maître a très patiemment et affectueusement entrepris notre éducation chirurgicale.

Sous sa direction nous avons, après tant d'autres, fait nos premiers pas, puis nous nous sommes efforcé de l'imiter de notre mieux. L'exemple vivant que nous avons eu devant les yeux est on ne peut mieux représentatif de la chirurgie française. En effet le Dr Rochard a toujours été très éclectique et n'a pas hésité à adopter toutes les innovations pourvu qu'elles vinssent perfectionner l'art chirurgical ou simplifier une technique. Avec le sûr bon sens qui le caractérise, il s'est appliqué à nous apprendre une chirurgie claire et précise, avec une instrumentation simple et des techniques bien réglées. C'est à lui que nous devons de pouvoir commencer notre carrière ayant en main non seulement les opérations gynécologiques mais à peu près toutes les opérations de pratique courante.

Au début de cette thèse où il sera tant de fois cité, nous lui demandons d'agréer l'hommage de notre ineffaçable reconnaissance et de notre dévouement très affectueux.

rons plus modestement de mettre au point et de décrire dans ses moindres détails la manière de faire de notre maître et de son école dans les différents procédés connus d'hystérectomie qu'ils aient été décrits par lui ou par d'autres auteurs.

Nous nous efforcerons d'indiquer, à propos de chaque cas qui peut se présenter, la technique assurant le meilleur rendement, c'est-à-dire permettant le pratiquer l'exérèse avec le plus de sécurité pour la malade et de facilité pour l'opérateur. *Cito, tuto et jocunde.*

De l'Extirpation des Fibromes Utérins

complicqués de lésions annexielles

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

Pouvoir faire dans tous les cas un diagnostic précis ne présenterait pas seulement un intérêt scientifique, mais un intérêt pratique considérable : la détermination précise des cas permettrait de prendre certaines précautions indispensables avant et au cours de l'intervention.

Dans certains cas favorables, ce diagnostic est facile : le toucher bi-manuel permet de sentir distinctement un utérus dur, irrégulier, d'un volume supérieur à ce qu'il doit être normalement, et à côté une ou deux masses annexielles bien distinctes de lui.

Mais le plus souvent il est impossible de se prononcer avec certitude, et on doit s'en tenir à des présomptions.

Cette impossibilité peut provenir de différents facteurs que nous allons examiner sommairement.

On peut dans certains cas être gêné dans la découverte des salpingites par les dimensions de la tumeur

fibreuse qui encombre tout le petit bassin et ne permet pas d'atteindre les lésions salpingiennes par le toucher vaginal.

L'utérus peut être immobilisé par des adhérences ou enclavé dans le cadre squelettique.

Ou bien les poches salpingiennes sont inaccessibles par suite de leur situation haute et au cours de l'opération on a pu remarquer des salpingites coiffant le fond d'un utérus fibromateux et faisant corps avec le fibrome qui au toucher en paraissait plus volumineux.

Dans d'autres cas les salpingites sont de petit volume, ou bien ce sont de petits hydrosalpinx mobiles et indolores.

Enfin il faut se rappeler que quelquefois l'embonpoint exagéré de la malade rend l'exploration difficile et fausse les données fournies par le toucher.

A côté de ces cas où on est gêné pour le diagnostic positif des salpingites, nous pouvons quelquefois au contraire croire faussement à l'existence de lésions annexielles.

En pratiquant le toucher vaginal chez certaines femmes atteintes de fibrome simple, on peut éveiller une douleur assez prononcée dans le cul-de-sac de Douglas, sans que cette douleur soit indicatrice et révèle une salpingite.

Ou bien on sent quelquefois à côté d'un utérus fibromateux de moyen volume une petite masse qui en paraît bien distincte. On fait le diagnostic de petite

salpingite, et au cours de l'opération on trouve un petit fibrome sous-séreux pédiculé de l'isthme.

Quelquefois on trouve au toucher un fibrome franc et dans le cul-de-sac latéral droit, en déprimant fortement on éveille une douleur assez nette. Il faut songer à une appendicite concomittante qui sera éliminée par un examen plus approfondi.

Malgré toutes ces difficultés, certains petits indices permettent souvent d'avoir sinon une certitude, du moins de fortes présomptions.

D'abord l'interrogatoire de la malade peut fournir la notion d'une infection génitale antérieure : pelvi-péritonite de l'enfance ou de l'adolescence, gonococcie, métrite ancienne, salpingite diagnostiquée et soignée précédemment, crises douloureuses d'allure annexielle.

Les signes fonctionnels et généraux peuvent donner aussi quelques indications.

Souvent dans les cas dont nous nous occupons, on trouve de la défense abdominale avec des douleurs qui peuvent revêtir deux formes : soit des douleurs sourdes et continues, accompagnées d'entéro-colite par réaction de voisinage, avec des selles glaireuses ; soit des crises douloureuses franches avec nausées, vomissements et fièvre. Ces crises surviennent en général aux périodes correspondant au temps présumé des époques menstruelles.

Les signes locaux, dans la plupart de ces cas, corroborent les signes généraux, et on trouve soit des masses annexielles nettement perceptibles, soit

un utérus fibromateux fixe et douloureux quand on essaie de le mobiliser.

Certains fibromes sans salpingite peuvent aussi s'enclaver dans l'excavation pelvienne et donner au toucher la même sensation de fixité, mais alors il est rare que la douleur soit aussi nette.

Au cours de l'examen il est bon de penser que le toucher rectal peut parfois donner des renseignements d'une valeur indiscutable et c'est là un moyen d'exploration qu'il ne faut pas négliger.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

L'indication de l'opération est commandée par le syndrome complexe que nous venons d'ébaucher et qui permet parfois le diagnostic.

Le choix du moment opportun dépend :

Au point de vue *fibrome* ;

De l'augmentation de volume de la tumeur ;

De l'âge de la malade qui ne peut laisser espérer une atrophie sénile ;

De l'abondance des pertes sanglantes qui débilitent ;

De la crainte de la dégénérescence cancéreuse du fibrome (couleur et fétidité des pertes).

Au point de vue *salpingite*, il faut tenir compte de la fréquence des crises douloureuses avec réaction péritonéale et fièvre, et profiter pour opérer du bon état de refroidissement actuel, dans la crainte d'une nouvelle crise pouvant provoquer une péritonite généralisée qui mettrait la vie de la malade en danger sérieux.

En résumé, le *diagnostic* est très difficile ; c'est souvent même une trouvaille d'opération.

C'est le plus souvent et surtout la salpingite qui force la main à l'opérateur.

Dans tout fibrome ne se présentant pas simplement, il faut toujours se méfier d'une complication annexielle et prendre ses précautions.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE

D'abord et avant tout il faut chercher à mettre l'organisme de la malade dans les meilleures conditions possibles pour subir l'épreuve sérieuse qu'on va lui imposer.

I. — *Soins préopératoires.* — Entre le jour où sera commencée l'observation clinique de la malade et le jour de l'opération, il y a place pour une période dont la durée peut varier de quinze jours à un mois et même souvent plus. Pendant ce temps il faut mettre le sujet en observation: le repos absolu au lit sera de rigueur. On lui appliquera sur la région sous-ombilicale une vessie de glace concassée qu'on renouvellera autant de fois qu'il sera nécessaire pour maintenir une température basse. Il faut avoir bien soin de surveiller l'état de la peau qu'il faut talquer et séparer de la vessie par une épaisse flanelle pour éviter la gelure.

Il faut donner deux fois par jour une injection vaginale en décubitus dorsal, avec 2 litres d'eau bouillie à 40 degrés dans lesquels on aura mis du permanganate (1 pour 2.000) ou de la liqueur de Labarraque (1 pour 100).

Il faudra surveiller le fonctionnement de l'intestin et combattre la constipation par des laxatifs et des lavements et par un régime alimentaire à la fois substantiel et facilement digestible. Les urines seront examinées au point de vue de la présence d'albumine ou de sucre. Dans l'un ou l'autre de ces cas on établira un régime approprié.

La température rectale sera soigneusement prise et enregistrée deux fois par jour. Si pendant quinze jours cette température ne monte pas au-dessus de 38 degrés et que d'autre part les douleurs ont disparu ou tout au moins diminué, on peut considérer que les conditions sont aussi bonnes que possible pour pratiquer l'intervention.

Il ne faut pas opérer en période fébrile. C'est une règle qui ne souffre que deux exceptions :

D'abord s'il y a péritonite généralisée. Il y a alors urgence à ouvrir et à drainer largement.

Ou bien si malgré une attente de plusieurs mois, la température se maintient élevée sans laisser l'espoir d'arriver à un refroidissement satisfaisant. Il faut alors intervenir avant la péritonite généralisée.

II. — *La veille de l'opération* on fera prendre à la malade une purgation au sulfate de soude ou au sulfate de magnésie. On rasera soigneusement les poils des régions pubienne et sous-ombilicale et on procédera à un savonnage minutieux de la peau de l'abdomen en insistant particulièrement sur les replis ombilicaux. Après rinçage et essuyage aseptique on passera de l'alcool à 90 degrés, puis de l'éther, puis

de l'alcool iodé au 1/100^e depuis le rebord costal jusqu'à mi-cuisse. Quand ce sera sec on appliquera un pansement aseptique.

Il est souhaitable que la malade dorme bien la nuit qui précède l'opération. Si on la voit un peu énervée par l'approche de l'épreuve on lui prescrira avec profit un sédatif nerveux (valériane ou ses composés).

III. — *Le matin de l'intervention* la malade sera laissée rigoureusement à jeun.

Immédiatement avant l'opération on procédera à l'évacuation complète de la vessie par sondage.

On portera la malade sur la table d'opération et on commencera l'anesthésie au chloroforme.

Dès que la malade dormira, on la mettra en position de spéculum et un aide aux mains bien lavées et munies de gants bouillis effectuera un savonnage très soigné de la vulve et du vagin en ayant soin de bien nettoyer les replis et les culs-de-sac vaginaux en passant et repassant plusieurs fois sur le col et son orifice.

Le savonnage sera suivi d'une irrigation profuse d'eau bouillie chaude pour bien faire partir le savon.

On introduira les deux index droit et gauche dans le vagin et, formant spéculum, on évacuera complètement l'eau du lavage et l'on versera dans la cavité vaginale de l'éther jusqu'à réplétion.

On enlèvera les doigts et on remettra la malade en position pour la laparotomie.

Pendant ce temps le chirurgien et l'aide auront

effectué le brossage méticuleux de leurs mains et de leurs avant-bras, pendant dix bonnes minutes.

Après un lavage d'une minute dans l'alcool iodé au centième, ils revêtiront des camisoles stérilisées tombant jusqu'aux genoux, s'attachant par-derrrière, munies de manches longues et d'une bavette s'attachant aussi en arrière par des cordons passant au-dessus des oreilles.

Les gants seront chaussés en prenant toutes les précautions pour ne pas toucher avec les mains la partie extérieure qui sera en contact avec les instruments et la plaie.

Quand tous ces préparatifs seront faits et son habillage terminé, le chirurgien procédera à la distribution des instruments sur deux plateaux stériles, l'un pour lui, l'autre pour l'aide.

A ce moment il remettra à celui-ci une petite compresse montée sur pince qui servira à étendre l'iode sur la paroi abdominale. Il remettra aussi à la personne chargée du lavage du vagin une longue pince courbe à mords plats que celle-ci introduira dans le vagin le plus proprement possible.

Cette pince servira à attirer le drain vaginal et les mèches dans le cas où on serait amené à faire une hystérectomie totale.

L'aide pendant ce temps iodera largement l'abdomen. On se sert dans le service du Dr Rochard de la teinture d'iode du nouveau codex dédoublée. L'antiseptie est complète et on évite ainsi l'irritation consécutive.

On placera les champs stériles en ne réservant qu'une fente à l'endroit où on fera l'incision.

Par-dessus le champ du côté du pubis on placera le crochet pour la valve de Rochard, qu'on fixera par les anneaux aux crochets des cuissards de la table d'opération.

On mettra encore un champ par-dessus le tout.

On inclinera alors la malade en position de Trendelenburg à 45 ou 50 degrés.

L'instrumentation des plus simples est répartie de la façon suivante :

Dans le plateau du chirurgien : 1 bistouri, 3 pinces de Péan, 12 pinces de Kocher d'un modèle spécial à mors large et renforcé, 2 pinces à utérines de J.-L. Faure modifiées par de Martel, une pince vaginale longue analogue à celle de Doyen, 6 pinces de Museux dont deux coudées, 3 pinces de Kocher longues, 3 pinces à disséquer dont 2 à griffes et 1 mousse, 2 aiguilles de Reverdin à pédale, 1 paire de ciseaux de Dubois, 1 paire de ciseaux droits et 1 paire de courbes. Il s'y trouvait en plus la pièce qui sert à fixer la valve de Rochard et que l'on a déjà mise en place.

Dans le plateau de l'aide : la valve de Rochard, 3 pinces de Péan, 6 pinces de Kocher renforcées, 3 pinces longues de Kocher et une paire de ciseaux.

Tout est prêt pour commencer l'opération.

L'ACTE OPÉRATOIRE

Phase préliminaire. — On incisera la peau et le tissu cellulaire sous-cutané du pubis à l'ombilic exclusivement.

Cette distance, malgré les apparences est éminemment variable suivant les sujets. Notre maître le Dr Rochard a été souvent frappé par cette variabilité. Il serait intéressant de faire des mensurations multiples sur de nombreuses femmes, On verrait combien la proportion entre les distances ombilico-xyphoïdienne et pubo-ombilicale peut varier dans des limites écartées. C'est ce qui fait qu'on est parfois obligé d'inciser en contournant l'ombilic à gauche pour se donner un jour suffisant. Arrivé sur le plan aponévrique, on l'incisera sur la ligne médiane près de l'ombilic sur une longueur de 4 à 5 centimètres, on soulèvera les bords de l'aponévrose, le chirurgien avec sa pince à griffes, et l'aide avec une pince de Kocher. Puis l'opérateur avec sa pince à griffes ira cueillir au fond de l'incision le péritoine pariétal, que l'aide saisira aussi avec sa même pince de Kocher. Il incisera entre ces deux pinces qui sont soulevées, faisant ainsi une boutonnière au péritoine

sans risquer de léser ni la vessie (incision près de l'ombilic), ni l'intestin (incision entre deux pinces qui soulèvent le péritoine).

Alors le chirurgien avec des ciseaux droits agrandira plan par plan les incisions de l'aponévrose et du péritoine jusqu'aux limites de l'incision de la peau.

Quelquefois un rideau épiploïque adhère à la vessie et aux lésions annexielles qu'il cache. Il faut libérer ces adhérences et réséquer au besoin les noyaux d'épiploïte avant d'introduire la valve.

On mettra en place sans brutalité la valve de Rochard, en plongeant pour bien récliner la vessie qui a quelquefois tendance à s'échapper de la valve.

Dès que ce temps sera effectué, il faudra avec le plus grand soin procéder au refoulement en masse et à la protection aussi complète que possible de tout l'appareil intestinal à l'aide de champs abdominaux. On isolera ainsi du mieux que l'on pourra le petit bassin de la grande cavité abdominale.

Alors seulement on aborde le *temps opératoire proprement dit*.

Tactique opératoire. — Nous diviserons schématiquement les cas qui peuvent se présenter en quatre variétés. A propos de chacune de ces variétés nous décrirons dans ses moindres détails la technique adoptée définitivement par notre maître.

Premier cas, le plus fréquent, le plus simple : *petit fibrome avec salpingites non suppurées* ou tout au moins dont les poches de pus n'auront pas été rompues au cours de l'extirpation. Etant données les

petites dimensions du fibrome cela nous ramène au cas de salpingite simple sans fibrome. La tactique dans ce cas a été réglée par le professeur agrégé J.-L. Faure dans son *Traité de gynécologie*. Toutes les techniques peuvent alors être employées suivant les cas. Nous allons énumérer celles qu'on emploie dans le service du Dr Rochard et que nous avons nous-même eu souvent l'occasion d'appliquer sous sa direction.

Le *procédé classique* par *section dernière du col* est indiqué dans les cas les plus simples. Le fibrome est petit et mobile. Les salpingites sont de moyen volume et non adhérentes; ou bien ce sont des hydro ou des hémato-salpinx.

On peut facilement placer des pinces sur tous les pédicules. Deux pinces de Kocher renforcées sur chaque ligament large, deux pinces sur chaque ligament rond. On coupe aux ciseaux entre les pinces. On taille, on décolle et on récline le lambeau péritonéal antérieur allant d'un ligament rond à l'autre. On place les pinces à utérines de J.-L. Faure modifiées par de Martel en mordant un peu sur le muscle utérin. Aux ciseaux de Dubois on sectionne l'utérus au niveau de l'isthme. Dès que la pièce est enlevée, et avant toute autre manœuvre, on cautérise le canal cervical au thermo ou au galvano-cautère, en ayant bien soin de détruire aussi complètement que possible la muqueuse. Cette muqueuse pourrait être (comme on l'a quelquefois observé), le point de départ d'une dégénérescence cancéreuse du col.

Ensuite on ferme l'orifice du col par un point en x sur la tranche du moignon.

Alors seulement on s'occupe de l'hémostase que l'on fait pédicule par pédicule, au catgut n° 3, fixé par l'aiguille à pédale aux tissus adjacents.

La péritonisation sera faite d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre, fixant les ligaments ronds, et en ayant bien soin de recouvrir la section utérine. C'est dans ce but qu'on s'est ménagé un large lambeau péritonéal antérieur.

Le *procédé américain* est préférable si l'une des salpingites est plus volumineuse ou plus adhérente. On fait alors un gauche à droite ou un droite à gauche suivant les cas, en commençant par le côté de la moindre lésion.

Il est d'une pratique courante dans le service de commencer par pincer et sectionner les ligaments ronds et le péritoine antérieur. Cela donne souvent une grande mobilité à l'utérus et facilite les manœuvres ultérieures.

L'avantage du *procédé américain* est qu'on attaque la plus grosse lésion par en bas et sous le péritoine, ce qui permet de trouver plus facilement un plan de clivage.

Une fois la pièce enlevée, la manière de procéder est la même que précédemment.

La *décollation antérieure* a ses indications quand les salpingites, d'égale volume adhèrent au bassin sans tenir trop fortement au fibrome.

Le *procédé* employé dans le service est celui de

J.-L. Faure modifié par de Martel. L'une des conditions pour pouvoir le pratiquer élégamment est que la face postérieure de l'utérus ne soit pas adhérente au rectum, ou qu'on puisse la libérer facilement. Ceci pour pouvoir procéder à l'effondrement au doigt du feuillet postérieur du ligament large qui permettra de placer les pinces à utérines avant la section du col. Cette section sera faite aux ciseaux de Dubois sans crainte pour le rectum.

Voici d'après la thèse du Dr Paul Villechaise (Paris, 1914), le résumé des temps successifs de l'opération :

1° Recherche et préhension de l'utérus. Dégagement de sa face antérieure;

2° Pincement et section des ligaments ronds. Taille du lambeau péritonéal antérieur;

3° Pincement des pédicules utérins après perforation du feuillet postérieur du ligament large;

4° Section du col. Décollation;

5° Décollement des annexes et section des ligaments utéro-ovariens.

Les avantages de ce procédé ont été bien mis en relief par le Dr Louis Bazy dans ses articles, cités par Paul Villechaise dans sa thèse. Ce dernier pose ainsi les indications et contre-indications de la décollation antérieure pour fibrome avec salpingite (V. p. 80).

« Il peut arriver qu'un fibrome soit accompagné
« d'annexite uni ou bi-latérale qui le flanque. En
« pareil cas la décollation antérieure est tout indi-

« quée. Une contre-indication absolue à la décolla-
« tion antérieure pour fibrome volumineux est le cas
« où le fibrome s'est développé sur la face antérieure
« du corps et surtout du col. On ne saurait bien
« certainement entreprendre de sectionner une telle
« masse de tissu utérin pouvant avoir plusieurs cen-
« timètres de largeur et de profondeur. On se retrouve
« en somme devant la même objection qui fait rejeter
« l'hémisection dans une salpingite difficile quand le
« corps de l'utérus est en même temps fibromateux.

« Dans cette circonstance l'opération de choix est
« le *procédé de Doyen* : la section première du cul-
« de-sac postérieur. C'est une sorte de décollation
« postérieure, mais en dehors et au-dessous du col
« qui n'est pas intéressé. »

Enfin si toujours avec un petit fibrome nous trouvons deux annexites adhérant fortement à l'utérus et au bassin, on peut avoir avantage à employer le procédé de l'*hémisection* de J.-L. Faure. La contre-indication que Villechaise rappelle dans la citation que nous venons de faire ne s'applique en effet qu'aux cas de volumineux fibrome de la face antérieure du corps et du col, accompagné de salpingite. Nous envisagerons ce cas ultérieurement et discuterons du procédé à conseiller.

Notre maître le Dr Rochard est très partisan de l'hémisection que l'on pratique assez souvent dans son service. La description détaillée et les éloquentes planches du *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* de J.-L. Faure et Siredey nous dispensent

d'en dire plus long. Résumons cependant les différents temps opératoires de ce procédé :

1° On pince et sectionne les deux ligaments ronds, On taille un lambeau péritonéal antérieur ;

2° Le fond de l'utérus est saisi par deux pinces de Museux près des deux cornes utérines ;

3° Avec des ciseaux droits on sectionne le corps utérin sur la ligne médiane jusqu'à l'isthme ;

4° On sectionne transversalement la moitié droite avec des ciseaux courbes ;

5° On pince l'artère utérine et on la coupe ;

6° On décolle et on résèque l'annexe droite après avoir pincé le ligament large ;

7° On sectionne transversalement la moitié gauche de l'utérus ;

8° On pince l'artère utérine et on la coupe ;

9° On décolle et résèque l'annexe droite après pincement du pédicule ;

10° Thermocautérisation de l'orifice cervical ;

11° Fermeture du col par un point en x.

12° Nettoyage du petit bassin à l'éther. Hémostase. Péritonisation. Paroi.

SECOND CAS. — *Fibrome avec salpingites suppurées.* — Au cours de l'extirpation l'une des poches de pus se crève et il y a issue de liquide septique dans le petit bassin.

C'est en prévision de ce cas que nous avons tant insisté sur la nécessité de bien garnir et d'isoler toute la masse intestinale du foyer opératoire.

Si cette précaution a été bien prise nous n'avons

pas à redouter une péritonite généralisée et l'infection restant localisée au petit bassin nous n'aurons qu'à le bien drainer.

Comme on le sait, le drainage optimum est le drainage vaginal qui se fait à la partie déclive. Pour pouvoir l'établir on n'a qu'à totaliser la subtotale qu'on vient de terminer.

Notre maître le Dr Rochard depuis une dizaine d'années préconise cette manière de faire qui est de pratique courante dans son service. Nous avons eu souvent l'occasion d'employer sous sa direction le procédé de la subtotale totalisée dont il a réglé la technique.

Dans sa thèse (Paris, 1917), le Dr Jacques Dedet expose très clairement les indications et très minutieusement la technique de ce procédé. N'ayant rien à ajouter à ce qu'il a décrit, nous allons essayer au contraire de résumer les différents temps :

1° Hystérectomie subtotale par le procédé que l'on aura jugé le plus pratique ;

2° On éponge soigneusement le pus écoulé et après cautérisation ignée de l'orifice cervical, on verse de l'éther qu'on éponge ;

3° Préhension large et solide du moignon de col avec une pince de Museux ;

4° Au ras du col et en dedans des pinces à utérines placées au cours de la subtotale, on place parallèlement à la pince de Museux, de chaque côté, une ou deux pinces de Kocher renforcées, en tâchant d'atteindre le vagin ;

- 5° On coupe entre chaque pince et le col ;
- 6° Ouverture du vagin latéralement ;
- 7° Prise du col avec une pince de Museux à travers l'ouverture vaginale comme dans le procédé de Kelly-Segond ;
- 8° Section aux ciseaux des dernières attaches cervicales au vagin ;
- 9° Ligature des utérines ;
- 10° Surjet hémostatique au catgut n° 2 sur la tranche vaginale postérieure ;
- 11° Ligature des quatre pédicules restant ;
- 12° Surjet de péritonisation allant du pédicule utéro-ovarien droit, au gauche en passant par la tranche vaginale antérieure ;
- 13° Un aide (celui qui au début a lavé le vagin), pousse la pince vaginale de façon à en faire sortir les mors par la section vaginale. Ouverture de la pince ;
- 14° L'opérateur introduit entre les mors écartés le drain et les deux mèches ;
- 15° L'aide ferme la pince et attire le drain et les mèches jusqu'à ce que l'extrémité libre du drain ne dépasse que de 1 centimètre l'orifice de section du vagin ;
- 16° On met en place sans trop bourrer les mèches vaginales ;
- 17° On dégarnit. On enlève la valve ;
- 18° Changement de gants ou lavage à l'alcool iodé ;

19° Réfection de la paroi en trois plans avec des instruments propres.

TROISIÈME CAS. — *Gros fibrome non adhérent au bassin avec salpingites simples.* — Ici c'est le volume de l'utérus qui rend l'opération difficile. C'est lui le principal obstacle ; c'est à lui qu'il faut s'attaquer. On peut se trouver en présence de deux alternatives.

Si les salpingites n'adhèrent pas au fibrome, le procédé de choix est celui de *Terrier*.

1° Deux pinces de chaque côté entre les annexes et le fibrome ;

2° Deux pinces sur chaque ligament rond ;

3° On sectionne entre les pinces ;

4° Mise en place des pinces à utérines ;

5° Section du col. Thermocautérisation ;

6° Décollement des salpingites en bas et en haut ;

7° Deux pinces sur chaque pédicule utéro-ovarien ;

8° Section entre les pinces.

9° Hémostase. Péritonisation. Paroi.

Si les salpingites adhèrent au fibrome et au bassin et ne permettent pas d'employer le *Terrier*, on aura recours au *morcellement intra-abdominal*.

C'est un procédé de nécessité qui a certainement déjà été employé par d'autres chirurgiens, mais dont notre maître le Dr Rochard a fixé une technique que nous lui avons vu maintes fois pratiquer et que nous allons essayer de décrire :

Après l'ouverture de la paroi abdominale et la garniture soigneuse de la masse intestinale, on fixera

dans le dôme de la tumeur fibreuse un tire-fond approprié.

Au bistouri on taillera de part de d'autre et longitudinalement un fragment cunéiforme analogue à une tranche de melon, que l'on enlèvera.

On prendra avec une pince à prises chacune des lèvres de cette perte de substance et on taillera de nouvelles tranches jusqu'à atteindre la paroi postérieure du fibrome.

Cette manœuvre ne donne lieu à aucune hémorragie si on ne s'approche pas trop des bords de l'utérus.

A ce moment on aura ramené le cas à celui d'une hémisection ordinaire et n'étant plus gêné par la masse de la tumeur on procédera comme il a été dit précédemment quand on a traité de l'hémisection.

Quatrième cas : *Fibrome très adhérent au petit bassin, avec des annexes peu développées mais très adhérentes.*

Il faut trouver un plan de clivage, pour pouvoir employer l'un des procédés classiques déjà décrits.

Mais le plus souvent dans ces cas on ne peut pas trouver de plan de clivage. Le fibrome est comme soudé aux parois du petit bassin et sa seule portion libre est sa face antéro-supérieure.

C'est par là qu'il faut l'attaquer.

Si le vagin est abordable par-devant, on fera une décollation antérieure sans décolation. On commence par couper les deux ligaments ronds, on taille

un lambeau péritonéal antérieur qu'on décolle et qu'on récline.

Puis on ouvre aux ciseaux le cul-de-sac vaginal antérieur en évitant de léser la vessie.

A travers cette ouverture vaginale on saisit le col avec une pince de Museux.

On pince les utérines, on sectionne complètement les attaches vaginales au col utérin.

Il ne reste plus qu'à décoller de bas en haut.

De cette manière on trouvera toujours un plan de clivage sans risquer de léser des organes importants comme les uretères ou le rectum, et les manœuvres de décollement seront moins pénibles.

Si le vagin n'est pas directement abordable par-devant, après section des ligaments ronds et du péritoine antérieur, on procédera comme pour le morcellement intra-abdominal par incision cunéiforme au bistouri.

Puis de proche en proche et par tranches successives on se donnera du jour par le milieu, en énucléant les noyaux fibreux s'il y a lieu.

Quand on sera arrivé à la cavité utérine, on y introduira l'une des deux branches de ciseaux droits et on coupera sur la ligne médiane jusqu'au col en ayant bien soin d'éviter de léser la vessie.

Quant on aura ainsi ouvert le vagin au niveau du cul-de-sac antérieur, on saisira et on luxera le col avec une pince de Museux à travers cette incision.

Après pincement des utérines on sectionnera le vagin au niveau de son insertion sur le col.

On aura alors en mains un fibrome fendu et considérablement diminué de volume. On pourra le décoller de bas en haut avec les masses salpingiennes comme après une décollation antérieure.

On emploie ce stratagème pour ramener le cas au cas précédent.

C'est encore une décollation antérieure sans décollation.

Nous aurions voulu, pour terminer, pouvoir relater les nombreuses observations qui se rapportent aux différents cas envisagés et que nous aurions pu puiser dans les registres du Pavillon Jamain.

Les circonstances dans lesquelles nous fûmes forcé de rédiger cette thèse nous empêchent de donner à ce chapitre l'extension qu'il mérite.

D'ailleurs un exposé théorique comme celui que nous avons entrepris peut à la rigueur se dispenser d'observations cliniques. Qu'il nous suffise de dire que dans le service de Gynécologie du Dr Rochard (Pavillon Jamain), sur un total de 141 hystérectomies (dont 45 par nous-même) effectuées pour de grosses lésions de toutes sortes, il n'y eut depuis seize mois à enregistrer aucun décès.

Nous nous excusons de ne pas faire une place à la bibliographie. Le temps matériel nous manque pour l'établir d'une façon complète.

CONCLUSIONS

I. Le diagnostic de la coexistence d'un fibrome avec des lésions annexielles est le plus souvent difficile, parfois même impossible.

II. Cette notion doit nous mettre en garde contre les surprises au cours de l'intervention. Dans tout fibrome ne se présentant pas très simplement il faut prendre ses précautions comme si on devait trouver une salpingite suppurée susceptible de se rompre au cours de l'intervention.

III. Ces précautions sont : avant le début de l'acte opératoire, le lavage soigneux du vagin et la mise en place de la pince vaginale ; — dès qu'on aura ouvert le péritoine, le refoulement et la protection de l'appareil intestinal au moyen de petits champs stérilisés qui isoleront la grande cavité abdominale du petit bassin ; — à la fin de l'exérèse, l'établissement d'un drainage vaginal soit qu'on ait fait d'emblée une hystérectomie totale, soit qu'on emploie le procédé de la subtotalé totalisée.

IV. Quand le fibrome est de petit ou de moyen volume, la tactique opératoire est en somme la même que pour les salpingites sans fibrome.

V. Quand le fibrome est volumineux, c'est lui seul qui rend difficile l'intervention et c'est de lui qu'on doit se débarrasser avant tout.

VI. Dans les cas simples c'est le procédé de Terrier qui est le plus recommandable.

VII. Quand ce procédé n'est pas applicable, le Dr Rochard préconise le morcellement intra-abdominal de la tumeur fibreuse.

VIII. Quand le fibrome est très adhérent, si le vagin est directement accessible par-devant on peut ouvrir d'emblée le cul-de-sac vaginal antérieur et luxer le col à travers cette ouverture, puis décoller de bas en haut.

IX. Si par suite des dimensions de la tumeur le vagin n'est pas accessible d'emblée, on procédera comme pour le morcellement intra-abdominal jusqu'à ce qu'on arrive à la cavité utérine. On introduit une branche de ciseaux dans cette cavité qui sert de guide et on sectionne jusqu'au vagin. On désinsère celui-ci du col et on peut alors décoller de bas en haut plus facilement.

X. Dans ces deux cas, une fois le col libéré de toute attache et saisi par une pince de Museux, on procède comme après une décollation antérieure.

C'est une décollation antérieure sans décollation.

Vu : le Doyen
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
LEGUEU

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

